

Diagnósticos e medicalização: algumas considerações sobre depressão e subjetividade em Nazaré Paulista, Apa Cantareira, São Paulo, Brasil

*Sônia Regina da Cal Seixas**

*João Luiz de Moraes Höeffel***

*Mariana Bianchi****

*Mônica Cesar Siqueira*****

Resumo

O presente artigo analisa a presença de diagnósticos de depressão e consumo de antidepressivos no município de Nazaré Paulista, pertencente à Área de Proteção Ambiental (APA) do Sistema Cantareira, São Paulo, Brasil. Assim foram sistematizados dados dos prontuários existentes na área de saúde mental de adultos (n: 252) do Centro de Saúde do Município de 2003 a 2008. Entre os usuários 65,5% são do sexo feminino; 40% casados; 42% possuem ensino fundamental incompleto e 35% residem em bairros rurais. Entre os diagnósticos 24% são de depressão, 20,2% de transtornos de ansiedade e, dos medicamentos consumidos, 24,9% são antidepressivos. Observa-se que esses índices são significativos e estão acima dos padrões nacionais e internacionais. É importante analisar esses resultados a partir de referenciais que extrapolem o olhar exclusivo da Psicologia e Psiquiatria, considerando-se o contexto socioambiental e cultural do município e de seus moradores, bem como outros referenciais teóricos das Ciências Humanas.

Palavras-chave: diagnóstico; depressão; medicalização; subjetividade; ambiente; Nazaré Paulista; APA Cantareira, São Paulo, Brasil.

Diagnoses and medicalization: some considerations on depression and subjectivity in Nazaré Paulista, Cantareira Epa, São Paulo, Brazil.

Abstract

This article analyses the presence of depression and antidepressant use diagnoses in the municipality of Nazaré Paulista that belongs to the Cantareira System Environmental Protected Area, São Paulo, Brazil. Data were collected from the records that exist in the Adult Mental Health Area (n: 252) in the Municipality Health Center from 2003 to 2008. Among the users 65,5% are female, 40% are married, 42% have incomplete primary education and 35% live in rural districts. In relation to the diagnoses it was found 24% of depression, 20,2% of anxiety disorders and 24,9% of medications being antidepressants. It was verified that the diagnoses are above national and international standards. It is important to analyze these results from an interdisciplinary approach that goes beyond the exclusive look of Psychology and Psychiatry, considering both the environmental and cultural context of the city and its residents, as well as other theoretical approaches in the Humanities.

Keywords: Diagnoses, Depression, Medicalization, Subjectivity, Nazaré Paulista, Cantareira EPA, São Paulo, Brazil

El diagnóstico y la medicalización: algunas reflexiones acerca de la depresión y la subjetividad en Nazaré Paulista, Cantareira Apa, Sao Paulo, Brasil

Resumen

En este artículo se examina que los diagnósticos de la depresión y el uso de antidepressivos en el municipio de Nazaré Paulista, perteneciente al Área de Protección Ambiental (APA) del Sistema Cantareira, São Paulo, Brasil. Por lo tanto fueron sistematizados los registros de datos de los prontuarios en el área de la salud mental de adultos (n = 252) del Centro de Salud de la Ciudad desde 2003 hasta 2008. Entre los usuarios, 65,5% son mujeres, 40% casados, 42% han terminado la escuela primaria y el 35% viven en barrios rurales. Diagnósticos de la depresión son el 24%, el 20,2% son de los trastornos de ansiedad, y medicamentos que se consumen, el 24,9% son los antidepressivos. Se observa que estas tasas son importantes y están por encima de las normas nacionales e internacionales. Es importante analizar los resultados de estas referencias que van más allá de la mirada exclusiva de Psicología y Psiquiatria, teniendo en cuenta el contexto social, ambiental y cultural de la ciudad y sus habitantes, así como de otros marcos teóricos de las Ciencias.

Palabras-clave: diagnóstico, depresión, medicalización, subjetividad, medio ambiente

* Nepam-Unicamp. e-mail: sral@unicamp.br.

** Instituição Universidade São Francisco. e-mail: jlhoeffel@yahoo.com.br.

*** Instituição Faculdade Anhanguera Educational Indaiatuba. e-mail: mary_bianchi04@yahoo.com.br.

**** Instituição Prefeitura Municipal de Nazaré Paulista. e-mail: maisainda@hotmail.com.

Considerações acerca da construção dos diagnósticos em saúde mental: uma breve introdução ao tema

“Não se pode negar a existência das dores.
Não proponho remédios ou desculpas.
Simplesmente quero olhar
para elas e falar sobre elas”.
Louise Bourgeois, 2000

A sociedade atual enfrenta um momento crucial, decorrente de todas as mudanças por que vem passando, seja do ponto de vista econômico, político, social e cultural. Essas mudanças incidem diretamente na forma como os seres humanos se relacionam com a natureza, e com os problemas decorrentes dessa relação, que é fundamentalmente mediada pela técnica e seus inúmeros recursos, sejam eles objetivos ou subjetivos.

Baseado nessa premissa busca-se neste artigo interrogar a expressiva presença de diagnósticos de depressão na sociedade atual. Reconhece-se a existência da depressão, enquanto uma morbidade recorrente nos serviços de saúde atuais, mas o que se pretende é promover um questionamento sobre a quantidade e os atributos desses diagnósticos, que ocorrem simultaneamente e de forma expressiva aliados a um elevado consumo de antidepressivos na população em geral, enquanto um procedimento terapêutico que está, preponderantemente, vinculado ao próprio diagnóstico.

Esse questionamento tem como referência teórica a contribuição das ciências humanas, particularmente, buscando incorporar uma possibilidade analítica, que ultrapasse a preponderância exclusiva das ciências biológicas, ou melhor, da psiquiatria biológica, para o entendimento dos diagnósticos sobre a saúde mental, visando propiciar alternativas não só para sua compreensão, mas também procurando oferecer outra possibilidade de cura ao sofrimento humano.

As reflexões e análises da depressão baseada exclusivamente em referências da psiquiatria biológica possuem um significado importante a ser considerado na cultura contemporânea, na medida em que atribuem a todo tipo de sofrimento humano, seja a tristeza, o luto, e mesmo os demais problemas objetivos do viver humano, como condições de moradia, emprego e segurança, um tipo de diagnóstico, e associado ao diagnóstico, uma solução preponderantemente medicamentosa. Desta forma exclui-se a subjetividade, considerando-se que sempre existirá

um medicamento que aplacará o mal estar próprio da condição humana (Barbosa, 2008 a).

Assim para tal análise toma-se como suporte empírico o município de Nazaré Paulista, situado na Área de Proteção Ambiental do Sistema Cantareira – APA Cantareira -, São Paulo, Brasil, através de pesquisa apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, intitulada Qualidade de vida e complexidade social na APA Cantareira, SP: um estudo sobre degradação socioambiental e subjetividade (Barbosa & Höeffel, 2006).

Esse município apresenta algumas particularidades e pode ser considerado caso exemplar de condições socioambientais degradadas, a partir do impacto de um grande empreendimento de captação de recursos hídricos para abastecimento dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, nos anos de 1970, que alterou as relações de uso e ocupação do solo na região, com implicações diretas sobre a qualidade de vida dos moradores. Por ser considerado, além disso, um município eminentemente rural traz a tona outras reflexões sobre as condições de vida de seus moradores.

Desta forma, o presente artigo está subdividido da seguinte maneira: em primeiro lugar apresenta-se o debate atual sobre a depressão, procurando-se explicitar as principais referências teóricas que fundamentam a análise, num segundo momento, uma breve descrição da área de estudo e do serviço de saúde do município, e os procedimentos metodológicos que orientaram essa investigação; num terceiro momento os principais resultados obtidos, como as características sócio-demográficas dos pacientes; os diagnósticos mais usuais encontrados, e informações sobre os medicamentos consumidos pelos usuários da área de saúde mental do serviço de saúde pública do município, bem como os tipos mais utilizados, assim como uma análise sobre o significado do conteúdo observado; e por fim algumas considerações finais.

O entendimento da depressão no contexto contemporâneo

O estudo da *depressão* parte de uma constatação e inquietação muito peculiares sobre a sua presença em nosso meio. Vive-se hoje numa sociedade de deprimidos? A sociedade está doente? A partir dessas interrogações outras perguntas se inserem: para onde foram as histerias de Freud? Não existe mais histeria? A presença de um sujeito que se expressava por dores, pseudoparalisias, gritos e outros signos que não podiam ser explicitados clinicamente, não têm mais espaço na complexidade social atual?

Essas interrogações evidenciam a polêmica que envolve o significado da depressão, principalmente, frente aos seus dois campos de estudo preponderantes (psiquiatria biológica e psicanálise), gerando muitas vezes conflitos na abordagem, nas suas definições e compreensão, e mesmo, para o auxílio ao sujeito em seu sofrimento.

Com essa aceção, deve-se ressaltar que se procura promover neste artigo a construção de um olhar que incorpore o entendimento da depressão e da saúde mental de uma maneira mais ampla, considerando-a como expressão da subjetividade e implicando-a como uma metáfora que o discurso do sujeito contemporâneo permite trazer à tona.

A tradição onde se ancora a perspectiva que permite inserir a depressão enquanto uma questão eminentemente social é oriunda das Ciências Humanas, sobretudo, da psicanálise e da sociologia por permitir compreender a mesma como um sintoma social, que se manifesta como expressão da subjetividade, de um cotidiano onde as dimensões ética e política da vida são excluídas, ou como uma *metáfora* da dificuldade de expressar o *pior* do mal-estar da civilização (Freud, (1930[1929]), 1996; Fingermann & Dias, 2005).

Esse tema tem sido percorrido há algum tempo através de pesquisas que têm sido realizadas, onde se tem reafirmado a hipótese orientadora desse artigo: o discurso da ciência vem se alterando e o espaço para a manifestação do sofrimento humano, como a tristeza, o luto e as perdas não existe mais, ou se existe deve ser *medicalizada* e *aplacada*. O sujeito deprimido, aquele mesmo que assim se intitula, é um sujeito silencioso, cabisbaixo, paralisado (Dias, 2003), mas que não deixa de ser um consumidor. Um consumidor de procedimentos medicamentosos, em seu sentido mais amplo.

Como mencionado em artigo anterior, os antidepressivos são atualmente os medicamentos mais consumidos no mundo, sendo prescritos por quase todas as áreas da medicina (Barbosa, 2008). No entanto, talvez por essa presença marcante dos medicamentos na população, chame mais a atenção o fato da persistência de certa *naturalização*, no espaço psicanalítico, do sujeito deprimido apresentando-se associado à medicação (Dias, 2005).

Esse fato causa estranheza porque para a psicanálise o sujeito precisaria exclusivamente falar e ser ouvido, evidenciando desta maneira o papel da subjetividade, da análise e da escuta do psicanalista, para condução de seu sofrimento. Mas se o sujeito apresenta-se implicado também com o suporte medicamentoso, alguns aspectos acabam deixados de lado, evidenciando-se o silêncio do

sujeito deprimido, o que gera a ausência da necessidade da escuta. Se não há necessidade de um ouvido para escutar e, mais que tudo de *Outro* que ancore uma relação transferencial, que permita ser o suporte para sua dor, alguns aspectos importantes podem ser deixados de lado, como o tempo. Ou seja, o tempo necessário para o processo analítico. Não se pode esquecer que a rapidez e a fluidez são elementos fundamentais para a sustentação do capitalismo moderno.

Assim, duas categorias devem ser examinadas para se entender a dinâmica do discurso da ciência: diagnóstico e sintoma. Aspectos aparentemente interligados, mas que para serem de fato compreendidos devem ser analisados de forma dicotômica ou como se apresentam no discurso da ciência. Por conseguinte, o diagnóstico está vinculado à psiquiatria, e o sintoma está associado à psicanálise.

Nesse sentido, para entender esses conceitos dois pontos de vista devem ser considerados. O primeiro diz respeito à expressiva manifestação da depressão na atualidade, e o outro tem a ver com os avanços na elaboração dos diagnósticos dos estados depressivos e do sofrimento psíquico, na sociedade. A partir desses aspectos pode-se supor que as múltiplas formas de sofrimento psíquico estão sendo diagnosticados e *medicalizados* como depressão.

Permitindo que se possa afirmar que no século atual a depressão assumiu um caráter importante, muito provavelmente em função da sofisticação dessas possibilidades diagnósticas. Como afirma Bolguese (2003), a consolidação da depressão como categoria da nosografia psiquiátrica evidencia uma tomada de posição, que está relacionada a uma origem ideológica. Assim a autora afirma que: *Hoje, tudo é depressão. E se tudo é depressão, a depressão não é nada* (Bolguese, 2003: 191).

Essa abordagem diagnóstica implica numa atitude clínica, preponderantemente, medicamentosa, muitas vezes associada a uma construção ideológica, na medida em que coloca o indivíduo depressivo em um nível que o mantém ao mesmo tempo produtivo e adaptado (Bolguese, 2003). Vale ressaltar, contudo, que em muitos casos a utilização de medicamentos se faz necessário, no entanto, é um risco, também, exclusivamente, medicar o paciente sem ocorrer *escuta* ao sujeito deprimido.

O sintoma, por outro lado, possui dimensão e abordagem diversas. Apesar da multiplicidade de pacientes depressivos, não se pode perder a orientação psicanalítica que ensina que a singularidade do sintoma, em cada indivíduo, o tornará particular, tanto o sujeito, quanto seu sintoma, e é nesse sentido que o sintoma tem algo de

real, pois nenhum outro é igual, tornando-se desta forma rebelde, inquieto e significativo (Galvão, 2002).

Mas, se o sintoma é o fundamental e se a depressão aqui está sendo considerado sintoma, expressão da subjetividade dos indivíduos, construção da ciência e da cultura, outro desafio se coloca: de que maneira é possível compreender a depressão no contexto atual e efetivamente promover resultados exitosos no trato do sujeito em seu sofrimento? Acredita-se que sem investimento na crítica ao momento contemporâneo, e ao processo de produção do discurso, os resultados serão pouco promissores.

A observação de um quadro expressivo que aponta para os inúmeros *diagnósticos* de depressão no meio social e tanto investimento científico e de recursos materiais e humanos para compreendê-la, pode-se supor que tanto sua presença, quanto a forma preponderante de abordá-la querem expressar algo. No entanto, a compreensão desse fenômeno só será obtida caso se extrapole as fronteiras do conhecimento psiquiátrico.

Com a clínica analítica aprende-se que os sintomas são produzidos em uma estrutura discursiva, e se mantêm porque há uma satisfação em jogo (Gonçalves, 2000). Não um sentimento de alegria que advém de estar satisfeito com ou por algo, mas do cumprimento de exigências. Exigências essas relativas à linguagem e ao discurso, que condicionam o lugar e a posição de cada sujeito, e que fazem com que o sujeito por algum motivo se apegue ao seu sintoma e sofrimento. Esse corolário em que o sujeito se expressa através do(s) seu(s) sintoma(s) é hoje, uma exigência da modernidade. No dizer de alguns a neurose é o único porto seguro do sujeito contemporâneo, mas, também, Lacan nos orienta que o discurso é o que faz o laço social (Lacan, 1993).

A concepção do discurso para Lacan extrapola outras concepções em diferentes abordagens teóricas (Gonçalves, 2000), pois a sua noção não se confunde com fala, com língua e muito menos com linguagem, na medida em que é impossível ao ser falante expressar-se de forma natural (biológica) exclusivamente, pois sua existência passa pela linguagem, na qual se constitui como sujeito, e sujeito na definição lacaniana é efeito do funcionamento significante. Lacan apreendeu esse conceito de Saussure, e na concepção deste autor é a representação psíquica (imagem acústica) do som, tal como é percebido pelos sentidos humanos, ao passo que o significado é o conceito que a ele corresponde (Saussure, 1974).

Lacan, no entanto inverte esse conceito *saussureano*, para afirmar a supremacia do significante sobre o signifi-

cado, e corrobora que o significante consiste na estrutura sincrônica do material da linguagem, ao passo que o significado o rege historicamente (Kaufmann, 1996: 472).

Mas o laço social não significa relação entre pessoas e nem relacionamentos, não se trata de indivíduo e nem de sociedade, mas sim do sujeito constituído em função de um discurso, que o situa em relação ao gozo e o determina sob um modo de atadura social, implicando uma combinação de lugares¹, de aspiração ou de absorção, de algum efeito significante (Gonçalves, 2000: 28).

Assim, a cada figura do discurso corresponde um modo, um regime de gozo. Para a psicanálise o gozo é pacto do ser humano com a linguagem, ao mesmo tempo em que o discurso detém os meios de gozar na medida em que implica o sujeito. Mas o sujeito só poderia estar implicado pelo que excede o discurso, em sua passagem para um desembaraço, que está diretamente relacionado ao desejo de saber (elemento também presente no discurso). O saber é o preço da renúncia ao gozo, ou seja, onde o sujeito reencontra sua essência real como aquele que reconhece a falta, ordenada pelo saber, que é exatamente o domínio da interdição ao gozo (Kaufmann, 1996: 223).

Lacan avança nessa proposição, apropriando-se da lógica capitalista para inscrever um discurso que estava fora (do sujeito), e que a partir do momento em que se torna inscrito, pode ser tratado (pela psicanálise). Afinal, cada realidade se funda e se define por um discurso (Gonçalves, 2000: 32).

Contudo, discurso e realidade não representam cópias fiéis, na medida em que o discurso não é uma abstração que parte da realidade e encontra tradução na escrita correspondente. Pelo contrário, a estrutura discursiva está inscrita na realidade que a sustenta. Da mesma maneira, o discurso, não se reduz a uma visão e nem a uma cultura de mundo, pois ambos pertencem ao imaginário relativo, ao discurso em voga. O que existe é o enlaçamento que se instaura na imersão da linguagem que irá constituir o ser falante, importando nessa possibilidade o sujeito, a função da palavra e o campo da linguagem.

No entanto, o saber, contrário ao gozo, poderá ter inúmeros significados a partir da referência ao qual se insere: a ciência. Nesse sentido, o saber sobre a depressão também poderá se constituir em outra forma de gozo. Para isso é preciso considerar o papel da ciência enquan-

¹ Para Lacan esses lugares são quatro, quatro modos de fazer laço social, ou quatro discursos; discurso do mestre; discurso da histórica; discurso do universitário e discurso do analista. A essas quatro posições (ou lugares), que correspondem aos discursos supõe-se: verdade, agente, outro e produção. Para maiores detalhes consultar: Lacan (1992).

to um espaço privilegiado de produção do discurso. É ela que regulamenta (e burocratiza) o saber no mundo contemporâneo. O discurso da ciência, desta forma, calcado no pressuposto que excluiu de forma deliberada o sujeito de sua referência, supunha a existência de um ser redutível à razão, tentando dar garantias da existência da verdade que tudo explica e afiança (Barbosa, 2008).

Apesar do reconhecimento que fazem alguns autores que a ciência contemporânea vive uma chamada crise de seus paradigmas fundamentais (Santos, 2003; Santos, 2004), o discurso da ciência predominante ainda é normativo e determinista. Desta forma, acredita-se que o grande desafio contemporâneo é a incorporação do sujeito no próprio discurso, questão que se torna mais relevante frente a um momento onde ocorre a primazia da tecnociência que reduziu o papel do pensamento às fronteiras da razão instrumental (Zemelman, 2004).

A ciência moderna é solidária do saber como todo-saber, que exclui o inconsciente, e manifesta-se pelo saber que *não-se-sabe*, e que independente de tudo isso fala por si mesmo, por sua própria responsabilidade. A despeito da exclusão do sujeito marcado pelo desejo, o inconsciente manifesta-se pelos chistes, os lapsos, os tropeços, os enganos, os sonhos, a criatividade ou os sintomas. Assim, a partir dessas considerações é possível voltar a interrogar a depressão frente aos resultados obtidos na pesquisa no município de Nazaré Paulista, São Paulo.

Algumas considerações sobre o município de Nazaré Paulista

No Estado de São Paulo a preocupação com relação ao uso e à conservação dos recursos hídricos determinou a criação da Área de Proteção Ambiental do Sistema Cantareira (APA Cantareira). A proteção das nascentes de diversos rios e suas importâncias econômicas foram fundamentos para a demarcação destas APAs (São Paulo, 2001).

O Sistema Cantareira que se encontra situado nesta área supre de água as Regiões Metropolitanas de São Paulo (50%) e de Campinas (85%), provavelmente os maiores centros urbanos e industriais do país, em contínuo conflito pelo uso da água (Höeffel, Sorrentino e Machado, 2004).

Construído no final dos anos 1960, o Sistema Cantareira desviou 2/3 dos recursos hídricos da Bacia do Rio Piracicaba para a Região Metropolitana de São Paulo, tornando possível a consolidação de seu parque industrial, causando ao mesmo tempo grandes impactos ambientais

na Região Bragantina e em outras áreas do Estado de São Paulo que utilizam o mesmo manancial.

Apesar de sua proximidade com a Região Metropolitana de São Paulo, um dos maiores centros urbanos do mundo, a área onde está localizado o Sistema Cantareira ainda está coberta com remanescentes consideráveis de Mata Atlântica, uma das florestas tropicais mais ameaçadas de extinção (Höeffel, Fadini, Machado e Reis, 2008).

As questões apresentadas acima levaram o governo do Estado de São Paulo a designar a região como Área de Proteção Ambiental. Apesar de tal medida ter propósitos altamente justificáveis do ponto de vista da conservação, para as comunidades locais determinou restrições econômicas significativas, como por exemplo, em relação ao uso da terra e de práticas agrícolas que se tornaram desafios a serem resolvidos.

As dificuldades econômicas vividas pela população regional representam uma possível ameaça para a conservação das áreas de mata e para a água. Atualmente, diversos proprietários rurais estão vendendo suas propriedades para especuladores imobiliários e turistas de fim-de-semana, o que tem causado um aumento considerável dos danos ambientais, com o agravante de que a duplicação das rodovias regionais tem determinado um acréscimo significativo de visitantes, tornando maior ainda as ameaças ao já fragilizado ecossistema (Höeffel, Fadini, Machado e Reis, 2008; Almeida Jr, Höeffel e Queda, 2008).

Ao mesmo tempo várias propostas para o uso econômico desta área estão sendo elaboradas e implantadas por diferentes grupos sociais atuantes na região. Estas propostas partem de diferentes concepções sobre o mundo natural, e sua concretização obviamente resultará em alterações e impactos distintos. Entre os projetos pensados para a região é possível citar: modelos para uma industrialização intensa, implantação de atividades agrícolas diversificadas, desenvolvimento de diversas modalidades de turismo de massa e de turismo ambiental e a criação de parques e reservas ecológicas de proteção integral.

Situado nos contrafortes da Serra da Mantiqueira, o município de Nazaré Paulista apresenta relevo suavemente ondulado, destacando-se por suas belezas naturais e cênicas e a aparente abundância de águas de boa qualidade. Este município vem passando por um acelerado processo de transformação determinado pela presença do reservatório, que estimula seu uso turístico e sua urbanização, e por ser cortada pela rodovia D. Pedro I que facilita o acesso e a sua ocupação.

A população residente em Nazaré Paulista, era em 1991, de 11.663 habitantes. A população em 2000 era de

12.156 habitantes e em 2007 era de 16.487 habitantes. A porcentagem da população residente na sua área urbana, para 1991, era de 35,7%, contra 64,7% instalados na área rural, em 2000 era de 47,6% na área urbana e de 52,4% na área rural, e em 2007 era de 44% na área urbana para 56% na área rural (Barbosa & Höeffel, 2008; Barbosa, Höeffel & Bianchi, 2009a).

Observa-se que o município de Nazaré Paulista em termos populacionais não é muito expressivo. No entanto, a situação atual tende a se modificar, com a melhoria do acesso viário ao município, daí a importância do planejamento de ocupação, onde se destaca o entorno do reservatório.

Nazaré Paulista caracteriza-se por ser um município com lento desenvolvimento econômico, que ainda não afetou drasticamente o ambiente natural, e grande parte de seu território está situado na Área de Proteção Ambiental do Sistema Cantareira. Há poucas indústrias e não há agricultura extensiva, à exceção de diversas manchas de plantios de eucaliptos (Höeffel, Sorrentino, Machado, 2004).

Atualmente, a região enfrenta inúmeros problemas: o ambiente natural tem sofrido impactos diversos como desmatamento, erosão, assoreamento dos rios e da represa, caça e o incremento de atividades turísticas não apropriadas para uma região de proteção de mananciais, como atividades náuticas. As marinas localizadas à margem do reservatório do Rio Atibainha fazem a limpeza e manutenção dos barcos, despejando alguns dejetos diretamente na água. Já ocorre uma intensa especulação imobiliária e é grande a possibilidade de Nazaré Paulista tornar-se um centro de intensa procura turística, com uma grande ocupação das áreas no entorno do reservatório a exemplo do que ocorreu com outros reservatórios na Região Metropolitana de São Paulo.

Até o final da década de 1960, Nazaré Paulista, então com cerca de 7.500 habitantes, mantinha-se isolada dos centros urbanos mais próximos, tendo ligação somente com os municípios vizinhos através de estradas vicinais precárias. De caráter tipicamente rural, sua economia estava centrada na produção agrícola diversificada, que incluía a produção de feijão, milho, café, cana, etc., na atividade pecuária extensiva e uma produção de carvão vegetal disseminada nas áreas de mata. A comercialização de seus produtos era feita principalmente por Atibaia, o centro urbano de maior porte no seu entorno próximo.

As principais atividades econômicas realizadas atualmente no município têm como base à agropecuária, cuja área total das unidades de produção somam cerca de

11.350 hectares e estão divididas entre a criação de gado para leite e a produção agrícola. Sendo os mais importantes o reflorestamento (eucalipto), as pastagens cultivadas (capins), o milho e a cana-de-açúcar. São desenvolvidas também outras atividades como a produção de mel, a criação de codornas, coelhos, minhocas, rãs e peixes. Entretanto, o município não oferece muitas possibilidades de emprego e parte da população desloca-se para outras cidades vizinhas em busca de atividades remuneradas.

Os maiores problemas socioambientais observados no município dizem respeito aos desmatamentos, decorrentes do uso e ocupação do solo de forma desordenada, manutenção de lixões a céu aberto; em Áreas de Preservação Permanente. Outra questão relevante diz respeito à situação da cobertura vegetal natural da região de Nazaré Paulista, que vem sendo substituída gradativamente por núcleos urbanos, reflorestamento e agroecossistemas, além de pequenas atividades industriais. Em decorrência dos desmatamentos, a fauna desses ambientes, essencialmente florestal, sofreu uma redução expressiva em sua diversidade original e tem suas áreas de distribuição espacial, fortemente reduzidas, resultado da perda de habitats (Höeffel, Sorrentino e Machado, 2004).

Além disto, é possível verificar que dentre os atuais usos da área de estudo, o mais dinâmico e intenso é o turístico, o qual vem consolidando-se em toda a Região Bragantina. Este quadro coloca, definitivamente, toda a região como área de expansão urbana da Região Metropolitana de São Paulo, e este uso, impõe diversas transformações ambientais, muita das quais, incompatíveis com a conservação de recursos hídricos.

Verifica-se assim que não há uma efetiva preocupação com os recursos naturais e com a população, mas com processos econômicos insustentáveis que tem se refletido tanto na conservação dos recursos naturais, em especial dos recursos hídricos, quanto na qualidade de vida da população regional.

Métodos: materiais e procedimentos

A pesquisa que origina esse artigo vem sendo desenvolvida desde 2007, através de contatos regulares com a comunidade do município e observação participante, principalmente no Bairro Rural do Moinho, identificação de seus problemas socioambientais, e, também, através de entrevistas com profissionais de saúde, da área de saúde mental do Centro de Saúde do município de Nazaré Paulista, São Paulo. Esse envolvimento com a comunidade e seus profissionais permitiu um acompanhamento intenso da realidade do município, que foi ainda acrescida pela

consulta aos prontuários² de saúde mental, coletados pela psicóloga de adultos, para o período de 2003 a 2008 dos usuários desse serviço. Os dados foram computados no mês de março de 2009 e posteriormente sistematizados pelos pesquisadores (Barbosa & Höeffel, 2009).

Desta forma foram sistematizados 252 prontuários, que representa o total de usuários do serviço para o período mencionado. Esses dados foram organizados nas tabelas que se seguem, procurando destacar dados sócio-demográficos dos usuários, principais diagnósticos realizados e uso de medicamentos. No item subsequente apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos.

Resultados e discussão

Usuários da área de saúde mental do Centro de Saúde do município de Nazaré Paulista, segundo dados sócio-demográficos

De acordo com o quadro 1, os usuários do serviço de saúde em sua maioria são adultos em idade produtiva, principalmente na faixa etária de 20 a 49 anos (45,9%), seguido de adolescentes (44%). De acordo com o quadro 2, a maior parte dos usuários é do sexo feminino (65,5%).

O predomínio da presença feminina tem sido observado na maior parte dos serviços de saúde pública brasileiros. Uma das hipóteses sobre esse aspecto é que não necessariamente as mulheres sejam mais zelosas de sua saúde, mas que a ela é delegado, na família, e na sociedade em geral, o papel de cuidadora, sejam dos filhos, do marido ou dos demais membros de uma família, desta forma por estar muito mais presente nas unidades de saúde, acabam por ter o acesso mais facilitado ao serviço..

No caso específico da área de saúde mental sua presença mais expressiva ainda é condicionada por outro fator, já apontado por outros autores, como Borges e Atiê (1989) e Adorno, Castro, Faria e Zioni (1994), é que muitas de suas queixas (inespecíficas) acabam sendo encaminhadas para essa área, por clínicos e ginecologistas.

Quadro 1: Distribuição da população adulta, por faixa etária, atendida no serviço de Psicologia do Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008.

Faixa etária	N	%
<10	02	0,8
10 – 19	111	44
20 – 29	36	14,3
30 – 39	52	20,6
40 – 49	28	11
50 – 59	14	5,5
60 – 69	06	2,5
70 – 79	03	1,3
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

² Registro dos dados gerais dos usuários em atendimento e dos procedimentos realizados.

Quadro 2: Distribuição da população adulta, por sexo, atendida no serviço de Psicologia do Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008.

Sexo	N	%
Masculino	87	34,5
Feminino	165	65,5
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003-2008.

No quadro 3 observa-se que 35,4% da população atendida na área de Saúde Mental, do Centro de Saúde, para o período analisado residem entre 4 a 6 pessoas no mesmo domicílio. Apesar dos dados apresentarem 33,4% sem informação, essa composição familiar se mantém elevada levando-se em questão que nos últimos anos, a tendência brasileira é de redução do tamanho da família, que passou de 3,9 pessoas, em 1996, para 3,4; em 2006. Porém sabe-se que entre as famílias de baixa renda e residentes no meio rural, a composição familiar é ainda maior que o observado entre as famílias de poder aquisitivo maior. Se comparados com o rendimento mensal (*per capita* de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo), o Nordeste e o Sudeste brasileiros apresentam número médio de pessoas por família, muito próximos: 4,3 e 4,2, respectivamente, em 2006 (IBGE, 2007).

Quadro 3: Distribuição da população adulta, por composição familiar, atendida no serviço de Psicologia do Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008.

Composição familiar	N	%
Mora sozinho	05	2
1 – 3 pessoas	61	24,2
4 – 6 pessoas	89	35,4
+ de 6 pessoas	13	5
Sem informação	84	33,4
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Ao observar-se o quadro 4, nota-se que a maioria da população adulta atendida no Centro de Saúde, é casada (40%) seguida pela população solteira de 29%. Em 2005, o total de casamentos realizados no Brasil foi de 835.836, 3,6% superior ao total de 2004. Este fenômeno vem ocorrendo no País desde 2001 e, em geral, resulta do aumento de casais que procuram formalizar as uniões consensuais. (IBGE, 2007).

Quadro 4: Distribuição da população adulta, por estado civil, atendida no serviço de Psicologia do Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003–2008.

Estado civil	N	%
Solteiro	73	29
Casado	101	40
Divorciado	12	4,8
Vive junto	09	3,6
Viúvo	08	3,2
Sem informação	49	19,4
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Com relação à escolaridade observa-se que 42% da população atendida na área de saúde mental do Centro de Saúde possui o ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de 8 anos de estudo regular. Esse fato pode ser justificado através da grande maioria da população ser adolescentes, entre 10 a 19 anos de idade, ainda não tendo completado o ensino fundamental, que é de 14 anos de estudo. Vale ressaltar que a faixa etária entre 15 a 17 anos de idade corresponde ao ensino médio. Mesmo a taxa de acesso à escola tendo crescido de 69,5% para 82,2%, entre 1996 e 2006, é possível constatar que a taxa de frequência deste grupo ao ensino médio, em 2006, não atinge sequer metade do segmento populacional do município: 47,1% (IBGE, 2007).

Em Nazaré Paulista, a taxa de analfabetismo em 2000 era de 16,18%. A população com 25 anos e mais, com menos de 8 anos de estudo engloba 82,65% e entre os 18 a 24 anos de idade os que possuíam ensino médio completo não passavam de 23% (SEADE, 2009).

Quadro 5: Distribuição da população adulta, por grau de escolaridade, atendida no serviço de Psicologia do Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003–2008.

Categoria	N	%
Analfabeto	8	3
Ensino Fundamental incompleto	106	42
Ensino Fundamental completo	15	6
Ensino médio incompleto	28	11
Ensino médio completo	34	13,5
Ensino superior incompleto	4	1,6
Ensino superior completo	4	1,6
Ensino técnico	1	0,3
Sem informação	53	21
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Com relação às atividades profissionais desenvolvidas pelos usuários da área de saúde mental do Centro de

Saúde (quadro 6), excetuando-se os estudantes, as donas de casa, os desempregados e os sem informação, que são respectivamente 32%, 10,5%, 5% e 19,5%, os demais 33% estão distribuídos em atividades bastante variadas, como agentes de serviços gerais (8%); diaristas, trabalhadores rurais (3,6%), professoras (2%), dentre algumas.

Quadro 6: Distribuição da população adulta, por atividade profissional, atendida no serviço de Psicologia do Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003–2008.

Atividade	N	%
Estudante	81	32
Dona de casa	26	10,5
Agente de serviços gerais	20	8
Desempregado	13	5
Roça	9	3,6
Diarista	9	3,6
Casero	6	2,4
Professora	5	2
Empregada doméstica	4	1,5
Faxineira	4	1,5
Costureira	3	1,2
Recepcionista	2	0,8
Babá	2	0,8
Motorista	2	0,8
Garçom	2	0,8
Aposentado	2	0,8
Pedreiro	2	0,8
Jardineiro	1	0,4
Artista plástica	1	0,4
Publicitário	1	0,4
Manicure	1	0,4
Massagista	1	0,4
Técnico de refrigeração	1	0,4
Cozinheira	1	0,4
Cabeleireira	1	0,4
Reciclagem	1	0,4
Assessora de saúde	1	0,4
Chefe de setor de transferência da Prefeitura	1	0,4
Sem informação	49	19,5
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Em relação ao local de residência por região do município (quadro 7) nota-se que 35% da população reside em bairros rurais e 33,7% é residente no centro e bairros urbanos. Observa-se que 31,3% não apresenta essa informação. Em Nazaré Paulista, a taxa de urbanização era de 40% em 2000 (SEADE, 2009), e como a taxa média de urbanização no Brasil em 2006 era de 85%, pode-se supor que o município de Nazaré Paulista pode ser considerado fortemente marcado pela ruralidade (IBGE, 2007).

Quadro 7: Distribuição da população adulta, por local de residência por região no município, dos usuários do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008.

Local geral	N	%
Centro e demais bairros urbanos	85	33,7
Bairros rurais	88	35
Sem informação	79	31,3
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

De acordo com os quadros 8 e 9, sobre os bairros urbanos e rurais do município de Nazaré Paulista, respectivamente, verifica-se que no meio urbano 89,5% da população reside nos dois bairros mais populosos Centro e Vicente Nunes, sendo fácil o acesso ao Centro de Saúde. No meio rural os bairros que concentram a maior parte da população usuária do serviço são Mascate (21,8%) e Moinho (16%).

Quadro 8: Distribuição da população adulta, por local de residência por bairro urbano do município, dos usuários do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008.

Bairro urbano	N	%
Centro	48	56,5
Vicente Nunes	28	33
Vila Galhardo	7	8,1
Parque das Águas	1	1,2
Condomínio Santa Cecília	1	1,2
Total	85	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Quadro 9: Distribuição da população adulta, por local de residência por bairro rural do município, dos usuários do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, 2003–2008.

Bairro rural	N	%
Mascate	19	21,8
Moinho	14	16
Tanque Preto	8	9
Ribeirão Acima	6	6,9
Quatro Cantos	5	5,7
Santa Luzia	5	5,7
Morro Grande	5	5,7
Divininho	4	4,5
Ferreiras	4	4,5
Zito Cunha	3	3,4
Itinga	3	3,4
Sítio Santa Clara e Sítio Sertãozinho	3	3,4
Guaxinduva	3	3,4
Araújo	2	2,2
Cuiabá de cima	2	2,2
Serra Negra	1	1,1
Rodovia D. Pedro I – km 53	1	1,1
Total	88	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Considerações sobre a saúde mental dos usuários

Neste item procurou-se tratar exclusivamente de dois aspectos: diagnóstico em saúde mental e uso de medicamentos, entre os usuários da área de saúde mental, atendidos no Centro de Saúde de Nazaré Paulista, para o período de 2003 a 2008. No quadro 10 apresenta-se a distribuição dos usuários do serviço por diagnóstico recebido, ressaltando-se dois aspectos: primeiro se procurou ordenar os diagnósticos em grupos de afinidades construídos especialmente para essa sistematização, e, segundo, que muitos dos usuários receberam mais de um diagnóstico, pertencendo desta forma a dois ou mais grupos distintos, perfazendo um total de 306 diagnósticos para 252 usuários. Assim, tem-se que 24% receberam o diagnóstico de depressão, seguido por 20,2% de transtorno de ansiedade; 9,8% são portadores de necessidades especiais como Síndrome de Down; 9,4% (29) foram ao serviço através de encaminhamentos diversos como por exemplo, do Conselho Tutelar; 8,2% neurose; 4,6% dificuldade na escola; 3,3% são usuários de álcool e drogas; 3,3% outros diagnósticos não definidos na área de saúde mental; 3% com transtorno de conduta; 1,9% histeria; 1,9% tentativa de suicídio e 1% com diagnóstico de esquizofrenia.

Quadro 10: Distribuição da população adulta usuária do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, por diagnóstico recebido, 2003 – 2008.

Diagnóstico	N	%
A - Depressão	73	24
C - Transtorno de Ansiedade	62	20,2
F – Necessidades especiais (físicas/mentais)	30	9,8
G – Encaminhamentos diversos	29	9,4
H - Neurose	25	8,2
E - Problemas Emocionais/sociais	24	7,8
I– Dificuldades na escola (aprendizado e comportamento)	14	4,6
B – Alcoolismo e Drogadição	10	3,3
O – Outros diagnósticos não definidos	10	3,3
D - Transtorno de Conduta	9	3
J – Histeria	6	1,9
L – Tentativa de suicídio	6	1,9
N - Violência	5	1,6
M - Esquizofrenia	3	1
TOTAL	306	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Vale ressaltar que mesmo respeitando diferentes metodologias para sistematização de dados, não se pode negar o caráter expressivo dos dados, na medida em que 24% de diagnóstico de depressão observado em Nazaré Paulista, esta muito acima da prevalência média mundial, que de acordo com Fleck, Lafer, Sourgey, Del Porto, Brasil & Jurueña (2003) oscila entre 3 e 11%. Estudos internacionais em 14 diferentes países apontam que em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde, a média de prevalência está acima de 10% (Ustun & Sartorius, 1995). Em pacientes internados por qualquer doença física a prevalência de depressão varia entre 22% e 33%. Em grupos específicos como a de pacientes com infarto recente é de 33%, chegando a 47% nos pacientes com câncer (Bukberg, Penman & Holland, 1985)

Com relação ao uso de medicamentos, observa-se que entre os usuários, no período analisado, a sua maioria - 73% não faz uso de nenhum medicamento, e 27% usam medicamentos (quadro 11). No entanto, entre aqueles que usam, consomem 145 medicamentos (quadro 12), o que significa que em média um mesmo usuário pode até ter consumido mais de dois medicamentos diferentes no período analisado.

Quadro 11: Distribuição da população adulta usuária do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, por uso de medicamento, 2003 – 2008.

Categoria	N	%
Sim	68	27
Não	184	73
Total	252	100

Fonte: elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, São Paulo, 2003 – 2008

Ainda em relação aos medicamentos consumidos entre os 27% que fizeram uso durante o período analisado, no Centro de Saúde de Nazaré Paulista foram encontrados 55 medicamentos diferentes e duas categorias inespecíficas (“calmante” e “não lembra o nome”) utilizados pelos usuários. De acordo com os dados apresentados no quadro 12 os 3 primeiros medicamentos mais usados pelos pacientes estão distribuídos em fluoxetina (13%), seguido de diazepam (12,3%) e clonazepam (9,6%) (Barbosa, Höeffel & Bianchi, 2009b). Como basicamente esses remédios são utilizados para depressão pode-se afirmar que entre os pacientes em tratamento 34,88% dos medicamentos utilizados são para depressão. Embora seja escasso na literatura específica trabalhos que permitiriam realizar uma análise comparativa com o contexto nacional

e internacional, não se pode desconsiderar a afirmação de Stahl (2003) quando este aponta que os antidepressivos tornaram-se o maior mercado terapêutico, além de ser o que mais cresce e com mais prescrições em qualquer lugar do mundo e em qualquer área da medicina.

Quadro 12: Distribuição da população adulta usuária do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, por tipo de medicamento consumido, 2003 – 2008

Substância Ativa	Nome comercial	N	%
Fluoxetina	Fluxene, Prozac	19	13
Paroxetina	Cebrilin	5	3,5
Amitriptilina	Amytril, Tryptanol	6	4,2
Clomipramina	Anafranil	2	1,4
Imipramina	Tofranil	3	2,1
Sertralina	Zoloft	1	0,7
Diazepam	Valium	18	12,3
Lorazepam	Lorax	1	0,7
Bromazepam	Lexotan	3	2
Alprazolam	Frontal, Tranquinal	12	8,2
Nitrazepam	Nitrapan	1	0,7
Topiramato	Topamax	2	1,4
Clonazepam	Rivotril	14	9,6
Fenitoína	Hidantal	1	0,7
Fenobarbital	Gardenal	10	6,8
Carbamazepina	Tegretol	6	4,2
Haloperidol	Haldol	4	2,8
Risperidona	Risperdal	2	1,4
Sulpirida	Equilid	1	0,7
Clorpromazina	Ampectil, Longactil	2	1,4
Quetiapina	Seroquel	1	0,7
Carbonato de Lítio	Neurolithium	1	0,7
Biperideno	Akineton	2	1,4
Levodopa	Prolopa	1	0,7
Metilfenidato	Ritalina	1	0,7
Prometazina	Fenergan	1	0,7
Ácido fólico	Folacin	1	0,7
Complexo B	Citoneurin	1	0,7
Atenolol	Atenol	1	0,7
Captopril	Capoten	2	1,4
Clortalidona	Diupress	1	0,7
Floral		1	0,7
Cefalexina		1	0,7
Ambroxol		1	0,7
Somatropina		1	0,7
Calmante		4	2,8
Não lembra o nome		11	7,5
Total		145	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, SP, 2003-2008.

Procurando compreender mais profundamente o uso de medicamentos entre os usuários do Centro de Saúde do Município de Nazaré Paulista, da área de saúde mental, é interessante analisar os medicamentos por tipo ou classe de princípio ativo (Craig, 2007). De acordo com os dados apresentados no quadro 13, observa-se que 82% dos medicamentos são drogas correspondentes a: 24,9% antidepressivos, sendo o mais utilizado a droga Fluoxetina (13%), que é um

inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS). A segunda classe farmacológica mais utilizada são os sedativos e hipnóticos chamados de benzodiazepínicos, correspondendo a 23,9 %. Em seguida, estão os anticonvulsivantes, com 22,7 %. A quarta classe mais consumida pelos usuários do Centro de Saúde são os antipsicóticos ou também chamados de neurolépticos (7%). Os antiparkinsonismos corresponde a 2,8% e são drogas para restaurar a atividade dopaminérgica cerebral. As drogas estabilizantes do humor (0,7 %) incluem o carbonato de lítio e também a carbamazepina (anticonvulsivante) que são consideradas drogas antimaniacas em virtude de sua ação primária na prevenção de oscilações do humor em pacientes com distúrbio bipolar (maníaco-depressivo). A sétima droga mais utilizada que influencia diretamente as atividades cerebrais, são os estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), como por exemplo, o metilfenidato (0,7%) que possui sua ação semelhante as anfetaminas, exercendo efeitos estimulantes sobre o humor e o estado de alerta, com efeito depressor sobre o apetite (Stahl, 2003 e Katzung, 2005)

Quadro 13: Distribuição da população adulta usuária do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, por medicamentos de atuação no SNS, 2003 – 2008

Classe Farmacológica	Substância Ativa	Nome comercial	N	%
	Fluoxetina	Fluxene, Prozac	19	13
	Paroxetina	Cebrilin	5	3,5
Antidepressivos	Amitriptilina	Amytril, Tryptanol	6	4,2
	Clomipramina	Anafranil	2	1,4
	Imipramina	Tofranil	3	2,1
	Sertralina	Zoloft	1	0,7
	Diazepan	Valium	18	12,3
Sedativos e Hipnóticos:	Lorazepan	Lorax	1	0,7
Benzodiazepínicos	Bromazepan	Lexotan	3	2
	Alprazolam	Frontal, Tranquinal	12	8,2
	Nitrazepan	Nitrapan	1	0,7
	Topiramato	Topamax	2	1,4
	Clonazepan	Rivotril	14	9,6
Anticonvulsivantes	Fenitoína	Hidantal	1	0,7
	Fenobarbital	Gardenal	10	6,8
	Carbamazepina	Tegretol	6	4,2
	Haloperidol	Haldol	4	2,8
	Risperidona	Risperdal	2	1,4
Antipsicóticos	Sulpirida	Equilid	1	0,7
	Clorpromazina	Ampticil, Longactil	2	1,4
	Quetiapina	Seroquel	1	0,7
Estabilizante do humor	Carbonato de Lítio	Neurolithium	1	0,7
	Biperideno	Akineton	2	1,4
Antiparkinsonismo	Levodopa	Prolopa	1	0,7
Estimulante SNC	Metilfenidato	Ritalina	1	0,7
Total			119	82

Fonte: Elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, SP, 2003-2008.

Entre os demais tipos de medicamentos consumidos pelos usuários (quadro 14), encontram-se como os mais expressivos 10,3% entre “calmantes” e “não lembra o nome”, seguidos de 2,8% de anti-hipertensivos.

Quadro 14: Distribuição da população adulta usuária do serviço de psicologia Centro de Saúde, Nazaré Paulista, São Paulo, por outros tipos de medicamentos. 2003 – 2008

Classe Farmacológica	Substância Ativa	Nome comercial	N	%
Anti-histamínico	Prometazina	Fenergan	1	0,7
Antianêmico	Ácido fólico	Folacin	1	0,7
Antineurítico	Complexo B	Citoneurin	1	0,7
Anti-hipertensivos	Captopril	Capoten	2	1,4
	Atenolol	Ateno	1	0,7
	Clortalidona	Diupress	1	0,7
Terapia alternativa	Floral		1	0,7
Antibióticos	Cefalexina		1	0,7
	Ambroxol		1	0,7
Hormônio de Crescimento	Somatropina		1	0,7
Calmantes			4	2,8
Diversos	Não lembra o nome		11	7,5
Total			26	18

Fonte: Elaboração própria a partir dos prontuários, Saúde Mental, Centro de Saúde Nazaré Paulista, SP, 2003-2008

A importância de se refletir sobre esses dados, nos remete insidiosamente a outra questão, na medida em que apesar de atualmente o serviço de saúde no Município encontrar-se consolidado, as dificuldades enfrentadas ainda persistem, pois nos depoimentos das profissionais de saúde entrevistadas permanecem questões, como a ausência de estratégias adequadas para a área de saúde mental, que se apresente comprometida com planejamento e constituição de equipes multidisciplinares, como as recomendadas nas estratégias do Ministério de Saúde brasileiro para a área. Todas as profissionais tiveram, e tem que lidar com formas de atuação não adequadas ao que é preconizado, ao mesmo tempo em que se tenta mudar uma *cultura* existente previamente no tocante a busca exclusiva, por parte dos usuários, por medicamentos, por um lado, e a resposta que o serviço, oferecia, também exclusivamente, para essa demanda, por outro.

Esse aspecto aliado à carência do município e aos inúmeros problemas socioambientais que apresenta, dificulta o trabalho do ponto de vista terapêutico, evidenciando ausência de procedimentos para além da medicalização ou da exclusividade do diagnóstico.

Frente às entrevistas com as profissionais de saúde, e os dados sobre os diagnósticos e uso de medicamentos pode-se destacar que esse quadro não pode ser compreendido isoladamente, mas deve ser analisado no universo socioambiental e cultural a que pertencem os pacientes do município em estudo, na medida em que muitos dos pacientes que chegam até o serviço de saúde mental têm em suas histórias de vida a convivência com situações de alcoolismo e violência doméstica, além de outros riscos sociais e ambientais. Aspectos que, de acordo com os profissionais de saúde, também reside na carência do município em oferecer oportunidades de sobrevivência para a população.

Assim através das entrevistas e dos dados apresentados observa-se que os casos refletem o quadro sócio-econômico do município que evidencia uma realidade cotidiana de carência e exclusão social que, possivelmente, são oriundas da problemática socioambiental mais ampla, presente na região, e que não se esgota enquanto objeto de análise neste artigo.

Considerações finais

Como se procurou mostrar neste artigo, a construção de um diagnóstico e o consumo de medicamentos (antidepressivos) não podem ser analisados, exclusivamente, por procedimentos oriundos da psiquiatria biológica e nem da psicofarmacologia. É necessário o entendimento mais amplo do contexto onde, por um lado estão inseridos os sujeitos sociais, tanto pacientes quanto profissionais de saúde, e por outro, as condições socioambientais, culturais e geográficas do local.

Evidenciou-se com a pesquisa de campo que o município de Nazaré Paulista na APA Cantareira, estado de São Paulo, passou por inúmeras mudanças de âmbito global e que atingiu significativamente a vida de seus moradores. Seja pelo alagamento de inúmeros bairros rurais para construção da represa que inundou grande parte de suas terras, desalojando moradores, alterando o sistema produtivo e a forma como se relacionavam com a natureza, quanto condicionando-os a encontrar outras alternativas de sobrevivência.

Desta forma, o significado do diagnóstico de depressão, deveria, em nosso entendimento ser revisto, na medida em que se percebe muito mais uma profunda

tristeza pela perda de referências importantes do viver e da construção de novas identidades, do que propriamente a constituição de uma patologia, até porque em função do alarmante índice desses diagnósticos entre os usuários do serviço de saúde mental do município, poderiam indicar um estado de emergência das autoridades de saúde regional e nacional.

Como isso não é necessariamente o caso, seria importante, desta forma, a constituição de olhares multi-referenciais para além do biomédico, principalmente por profissionais da área de ciências humanas, na tentativa tanto da compreensão do real significado dos diagnósticos e do uso (preocupante) de antidepressivos, como para a construção de alternativas que promovessem a melhoria da qualidade de vida da população.

Referências bibliográficas

- Adorno, R. C. F.; Castro, A. L.; Faria, M. M. e Zioni, F. (1994). Mulher, muler: saúde, trabalho, cotidiano. In: Alves, P. C. e Minayo, M. C. de S. (organizadores). Saúde e Doença. Um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Almeida Jr; A.; Höeffel, J. L. de M. & Queda, O. (2008). A propriedade rural como símbolo. Representações sociais e impactos sobre o ambiente na Bacia do Rio Atibaia, SP. São Paulo: Hucitec.
- Barbosa, S. R. da C. S. (2008). O discurso da ciência e as percepções de profissionais de saúde acerca da depressão no contexto das transformações socioambientais e culturais contemporâneas. São Carlos, São Paulo: Teoria & Pesquisa, V. XVII, n. 01, jan/jun.
- Barbosa, S. R. da C. S. (2008 a). Transformações socioculturais contemporâneas e algumas implicações nos diagnósticos na área de saúde mental. Revista Mudança, Mudanças – Psicologia da Saúde (ISSN: 2176-1019), 16 (1), Jan-Jun 2008, 1-9p, disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD>
- Barbosa, S. R. da C. S. e Höeffel, J. L. M. (2008). Qualidade de vida e complexidade social na APA Cantareira, SP: um estudo sobre degradação socioambiental e subjetividade. Campinas, São Paulo: Relatório Parcial – FAPESP, (processo n. 06/60366-5).
- Barbosa, S. R. da C. S. e Höeffel, J. L. M. (2009). Qualidade de vida e complexidade social na APA Cantareira, SP: um estudo sobre degradação socioambiental e subjetividade. Campinas, São Paulo, Relatório Final – FAPESP, (processo n. 06/60366-5).
- Barbosa, S. R. da C. S. e Höeffel, J. L. M. (2006). Qualidade de vida e complexidade social na APA Cantareira, SP: um estudo sobre degradação socioambiental e subjetividade. Campinas, São Paulo: Projeto de Pesquisa FAPESP (processo n. 06/60366-5)
- Barbosa, S. R. da C. S.; Höeffel, J. L. M. e Bianchi, M. (2009a). O bairro do moinho, Nazaré Paulista, São Paulo, Brasil: algumas considerações socioambientais sobre riscos e saúde da comunidade. Braga, Portugal. X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Barbosa, (Seixas), S. R. C. ; Höeffel, J. L. M. e Bianchi, M. (2009 b). Qualidade de vida, ambiente e subjetividade na Apa Cantareira. In: Höeffel, J. L. M.; Fadini, A. e Barbosa, Seixas, S. R. C. S. (organizadores) (2009a). Sustentabilidade, Qualidade de vida e Identidade Local: olhares sobre as APA's Cantareira, SP e Fernão Dias, MG. São Carlos, São Paulo: RiMA (no prelo).
- Borges, S. M. N. & Atiê, E. (1989). Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano In: Costa. N. R.; Minayo, M. C. S.; Ramos, C. L. & Stotz, E. N. (orgs). Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Rio de Janeiro: Vozes, Vol II, pp. 165-184.
- Boulguess, M. S. (2003). Depressão e doença nervosa moderna. In: Fuks, L. B. e Ferreira, F. C. (orgs) (2003). Desafios para a psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta.
- Bourgeois, L. (2000). Destruição do pai/reconstrução do pai: escritos e entrevistas 1923 – 1997. São Paulo: Cosac & Naif.

- Bukberg, J; Penman, D e Holland, J C.(1985). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med*; pp.46:199-212.
- Craig, R.C. e Stitzel R.E (2007). *Farmacologia moderna com aplicações clínicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dias, M M.(2003) A posição do sujeito na depressão: uma abordagem psicanalítica. In: Caderno do Seminário: Neuroses e Depressão Lições I à IV. Campinas: Instituto de Psiquiatria de Campinas.
- Dias, M M.(2005). O problema da identificação na posição depressiva. In: Fingerermann, D & Dias, M M. . Por causa do pior. São Paulo: Iluminuras.
- Fingerermann, D & Dias, M M. (2005). Por causa do pior. São Paulo: Iluminuras.
- Fleck, M P de A; Lafer, B; Sougey, E B; Del Porto, J A; Brasil, M A; Juruena, M F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria (ISSN 1516-4446) vol.25, no.2., junho.
- Freud, S. [1930(1929)] (1996). O Mal-Estar na Civilização. Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago.
- Galvão, M.D. (2002). O sintoma na psicanálise e na psiquiatria. 2002. VIO-LANTE, M.L.V. (ed.) O (im) possível diálogo psicanálise e psiquiatria. São Paulo: Via Lettera, pp. 81 – 100.
- Gonçalves. L. H P. (2000). O discurso do capitalista. Uma montagem em curto-circuito. São Paulo: Via Lettera.
- Höeffel, J L; Fadini, A A B; Machado, M K; Reis, J C (2008). Trajetórias do Jaguar - Unidades de Conservação, Percepção Ambiental e Turismo - Um Estudo na APA do Sistema Cantareira, São Paulo. *Ambiente e Sociedade* (Campinas), v. XI, p. 131-148.
- Höeffel, J L; Sorrentino, M; Machado, M K. (2004). Concepções sobre a natureza e sustentabilidade: um estudo sobre percepção ambiental na Bacia do Rio Atibainha. *Anais do II Encontro da ANAPAS*. Indaiatuba – SP.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, IBGE.
- Kaufmann, P. (1996). (ed.) *Dicionário enciclopédico de Psicanálise*. O legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Katzung, B.G. (2005). *Farmacologia Básica e Clínica*. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan
- Lacan, J. (1992). O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1993). *Televisão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, B S. (2004) Introdução. In: Santos, B de S (org). *Conhecimento Prudente para uma vida Decente*. ‘Um discurso sobre as Ciências’ revisitado. São Paulo: Cortez (pp. 17 – 56).
- Santos, B S. (2003). Um discurso sobre as Ciências. São Paulo: Cortez.
- São Paulo. (2001). *Atlas das Unidades de Conservação Ambiental do Estado de São Paulo*. São Paulo: SMA.
- Saussure, F. (1974). *Curso de Linguística Geral*, São Paulo: Cultrix.
- Seade (2009). Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>, acessado em 12/05/2009 às 10h15min.
- Stahl, S. M. (2003). *Psicofarmacologia. Depressão e Transtornos Bipolares*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Ustun T B, Sartorius N, editors. (1995). *Mental illness in primary care: an international study*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Zemelman, H (2004). Sujeito e sentido: considerações sobre vinculação do sujeito ao conhecimento que constrói. In: Santos, B de S (org) (2004). *Conhecimento Prudente para uma vida Decente*. ‘Um discurso sobre as Ciências’ revisitado. São Paulo: Cortez (pp. 457 – 468).